

Evési zavarok és azok rehabilitációja

Dr. Várkonyi Ágnes

SZTE Gyermekgyógyászati Klinika

Az étkezés a születés pillanatától egész életünket végigkísérő természetes és nélkülözhetetlen cselekvés. A csecsemő- és gyermekkorban egyike azon számos fontos tevékenységnek, amely a szülői gondoskodás, az anya-gyermek kapcsolat kifejeződése.

Ezt a kapcsolatot megerősíti az a sikerélmény, hogy az újszülött gyermek elégedett és nyugodt az etetést követően.

Az újszülött léte teljes mértékben attól függ, hogy megkapja-e a táplálékát az anyától.

Később a csecsemő aktív részesévé válik az eseménynek: megfogja a cumisüvegét, kanalát, és önállóan eszik. Az evés az életkor előrehaladtával egyre inkább nemcsak az étkezést szolgálja, hanem a társasági élet eseményévé is válik, az emberi kapcsolatfelvétel fontos eszköze. Továbbá az étkezési kultúrában kifejeződik az egyén szociális és etnikai hovatartozása is.

Evési zavarokról beszélünk akkor, ha a gyermek bizonyos ételeket képtelen elfogyasztani, vagy visszautasítja azt. Általában nem önálló kórképként észlelhetők, hanem egészségügyi, környezeti, táplálkozási és szociális tényezők közrejátszásával együtt. Az evési zavarok nemcsak a gyermek fiziológiás szükségletének biztosításában okoznak problémát, hanem a családi élet zavarához vezetnek, a gyermek és a család normál szociális eseményekről való leválását, szeparálódását is eredményezik.

A normálisan fejlődő csecsemőt és gyermeket is érinti, de különösen azokat, akik valamilyen betegségben szenvednek, fejlődési zavar miatti problémával küzdenek, szinte minden rehabilitációt igénylő kórállapotban fellelhetők.

A becsült prevalencia: a normálisan fejlődő gyermekpopulációban: 25–35%. Fogyatékos gyermekek között: 33–80%.

Az evési gyakorlat komplex eseménysorozat, az első élethónapokban megfelelő fejlődési periódusok során alakul ki – ez az ún. „kritikus szenzitív időszak” – amikor legjobban képes az újszülött-csecsemő a fázisos mozzanatok elsajátítására.

1. fázis: az éhség és az étvágy jelentkezése, az étel követelése, elfogyasztása.

2. fázis: az orális és pharyngealis – a szájba vett étel lenyelésre való előkészítése és az ételbolus biztonságos – aspiráció nélküli továbbítása a gégebemenet mögött.

3. fázis: oesophagealis nyelés és a gastrointestinalis digestio és absorptio, azaz ételbolus nyelőcsőön való átjutása a gyomorba és a bélbe, ahol a tápanyagok emésztése és felszívódása megtörténik.

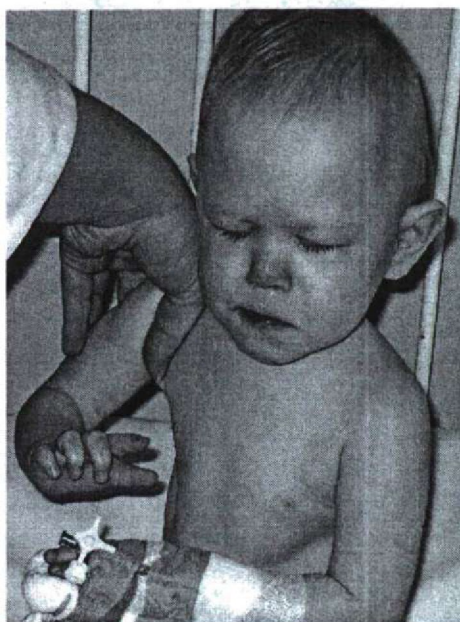
Ha a táplálkozás bármely fázisában hiba keletkezik, az megzavarja a sikeres evési folyamatot.

1. fázis során az éhségben szerepe van a limbicus, corticalis (hangulat) visceralis visszajelzéseknek – (kellemetlen hatások, gyomortérfogat, táplálék, hormonok), sensoros hatásoknak (íz, szag, látás) is.

Az éhség és a teltség központja, amely a hypothalamusban van, szabályozza az étvágyat.

Sensoros defectusok: pl. anosmia, vakság étkezési zavart okoz.





Nem pontosan ismert, hogy az ízlést mi befolyásolja. A csecsemők bizonyos ízeket jobban kedvelnek – pl. 4 hónapos korig az édes anyatejet és tápszert sokkal szívesebben elfogadják, mint a sósat. Az anyatej kis változásait is érzékelik; pl. alkohol, fokhagyma fogyasztást érzékelik.

Averzió alakulhat ki bizonyos étel ízével vagy állagával szemben is, ha az elfogyasztása fájdalommal vagy kellemetlen történéssel esik egybe (pl. hányás). Az ilyen kialakult, ún. „tanult” averzió felnőtt korig elkísérheti a gyermeket.

Ún. „specifikus” averzió tipikusan bizonyos anyagcsere betegségekben (pl. fruktóz intolerancia, ureaciklus zavar), chemotherápia stb. esetén jöhet létre.

„Általános” averziót provokálhat evés közbeni vagy közeli időpontban elszenvedett aspiráció vagy fulladás-érzés.

Tartós intubálás során a szívások, tubus igazítások, ragasztások, szondázások kellemetlen érzései miatt gyakran a szájához való közeledést is elutasítja a beteg gyermek.

Hosszantartó enterális, parenterális táplálás után gyakran „leszokik” az evésről.

Az étel követelése csecsemőknél rendszerint a sírás. A kisdedek irritabilissá vagy rosszkedvűvé válnak, nagyobb gyermekek képesek szóban kifejezni az éhségérzésüket.



A táplálékfelvétel mechanikus folyamat, összehangolt sensoros, finom- és nagy mozgásokat igényel a mellbimbó szájbavételéhez, a falat ujjakkal vagy evőeszközzel való szájba helyezéséhez.

Az 1. fázis megfelelő kialakulása függ leginkább az egyén és a környezet kapcsolatától!

Befolyásolja az anya egészségi- és tápláltsági állapota, magatartása (opiát függő anya!), kettőjük kapcsolata,

amely visszahat a csecsemő kognitív, szociális és emocionális fejlődésére, tápláltsági állapotára, a gyermek-anya kötődésre.

Az anyai viselkedés a csecsemő-táplálása idején jól reprezentálja a gyermeke iránti hozzáállást, vonzódást, az általános magatartást, továbbá az anya érzékenységet, figyelmét a kicsi jelzéseire. Az anyát jellemzi kényelmes, testközeli helyzet elérésére való törekvése, gügyögése, hogy tekintetével hogyan reagál a csecsemő reakcióira, hogyan tölti ki a szoptatás-etetés közbeni néhány másodperces szüneteket (beszél-e hozzá, mosolyog-e, szemkontaktust létesít-e, az üveget lazán fogja, vagy közben másról cseveg, TV-t néz). Reagál-e a csecsemő nyilvánvaló vagy kisebb problémáira, sírására, szemkontaktus kerülésére, boldogtalan arckifejezésére stb.

A csecsemő étkezési magatartása fontos és informatív indikátora a személyiségének, ahogy kimutatja az éhségét-elégedettségét, vágyát a kapcsolatfelvételre, válaszreakcióját (mosollyal vagy a tekintetével) az anya megnyilvánulásaira, érintésére, a hozzá való beszélgetésre.

Példák az 1. fázist befolyásoló rendellenességekre:

Érzelemhiányos anya csecsemője étvágytalan.

Depressziós csecsemő, kisdud, gyermek nem szívesen fogadja az ételt.

Központi idegrendszer betegségei, diencephalicus-syndroma.

Gerincvelői tumor- syringomyelia, anorexia nervosa



Az evés további lépései, az oralis-pharyngealis-oeso-phagealis (2. és 3.) fázisok szorosan kapcsolódnak egymáshoz. A szájba került élelem falattá formálódik a szájüregben, majd a másodperc töredéke alatt zajló – a nyelv, a pharyngealis és a laryngealis izmok sorozatos mozgása révén a falat a pharynx-on át a nyelőcsőbe jut, miközben a légzés szünetel – ezáltal meggátolva azt, hogy a falat a tüdőbe kerüljön.

Az orális szakasz csecsemőknél a szopás.

A 15. gestatios héten már vannak szopási mozgások. A 32. gestatios héten megszakított, rendezetlen szopási sorozatok. A 34–36. gestatios héten stabil, ritmikus szopási és nyelési minta észlelhető.

3–4 élethó: extensios-retractios nyelvmozgások – bolus mozog a nyelv hegyétől a pharynx felé

6 hó: szájüreg megnő – bolus a középvonal felé

6–8 hó: nyelv fokozott mobilizáció – a rágómozgás kialakul

8–12 hó: a bolus lateralizációja

18–24 hó: forgó-rotációs rágás, kanálra, pohárra harapás – rögzítés

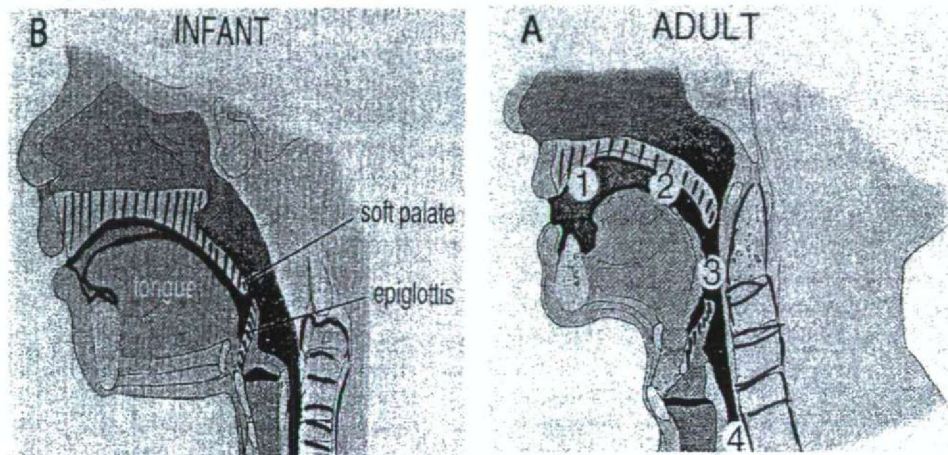
24 hó: érett rágás – harapás

Újszülött szopásakor a szájüregben 150 Hgmm nyomás képződik. Minden egyes szopáskor 0,2 ml tejet szív, a kezdeti 60 ml mennyiség 300 szopási epizódot igényel kb. 5 perc alatt! A szájüreg alakilag és funkcionálisan is alkalmazkodik a fejlődési fázisokhoz – amely a 2. életév végére fejeződik be.

A csecsemő oropharynx-a lényegesen különbözik a felnőttétől. A szájüreg kisebb, a larynx elevált, így az epiglottis majdnem érinti a lágy szájpadot. A nyelv majdnem teljesen kitölti a szájüregtet. Nincs orális régió.

Az első két évben a larynx relatíve magasan marad, a nagy leszállás 2–3 éves korban következik be.

Maximális laryngealis eleváció esetén is az oropharynx egy része a laryngealis bemenet felett helyezkedik el, ezáltal növelve az aspiráció lehetőségét a nyelés idején. Ezért az orális és pharyngealis fázisok koordinációja nagyon fontos. Ha a falat túl korán vagy későn érkezik – amikor a laryngealis bemenet még nyitva van – aspiráció jön létre.

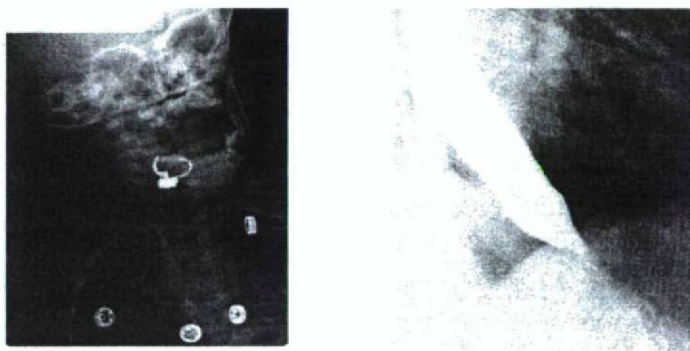


Példák a 2. fázist befolyásoló rendellenességekre:

Oropharynx (pl. szájpadhasadék); oesophagus anatómiai abnormalitásai (pl. atresia, idegentest) peristaltica zavara (pl. achalasia).

Nyelés-légzés koordinációs zavara (pl. tachypnoe, BPD, cong. vitium). A nyelés neuromuscularis okú koordináció zavara (pl. cerebralis bénulás!, izombetegségek).

Dysphagiát okozó nyálkahártya infekciók (pl. Candida, CMV, herpes infekciók, pepticus vagy gyógyszer okozta oesophagitis), inflammatio (pl. Crohn-betegség).



Az evési zavarok hátterében gyakori a gastrooesophagealis reflux betegség (GORB)!

Reflux: a gyomortartalom retrográd áramlása a relaxálódott alsó oesophagealis sphincteren keresztül.

Reflux epizód: egyszeri reflux esemény, amely során az oesophagealis pH 4 alá esik, legalább 15 mp-ig.

A regurgitáció: lehet tünete a fiziológiás refluxnak, de mögötte súlyos reflux betegség is meghúzódhat.

A gastrooesophagealis reflux betegség változó mennyiségű és intenzitású epizódok sorozata, amely a distalis oesophagus nyálkahártya kémiai irritációját okozza. A hypersensitiv oesophagealis receptorok és az oesophagitis révén tüneteket hoz létre, melyek megváltoztatják a beteg mindennapi normál életvitelét.

Az evési zavarok fő klinikai tünete a GORB és a székrekedés. Fel kell ismerni a táplálási zavarok okaként vagy csak részeként jelenlevőt.

A tünetei sokfélék: gastrointestinalis, légúti, idegrendszeri-viselkedésbeli és egyéb. Az atípusos tünetek mint az irritabilitás, colica, görcsszerű állapot, ALTE események mögött meghúzódó is lehet!

Különleges és ritka megjelenése a Sandifer–Sutcliffe syndroma, az „infantile arching”-ot azonban gyakran látjuk.

A reflux betegséget el kell különítenünk a ruminatiótól.

Az evési zavarokat okozó betegségek természete szerint 5 osztályba csoportosíthatók:

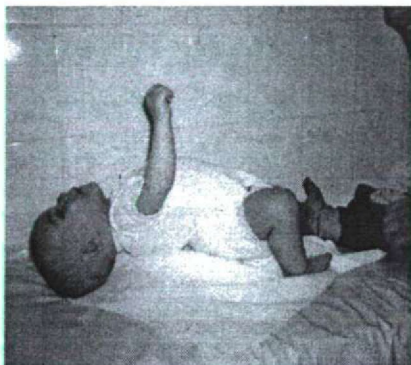
Strukturális abnormalitások: az evéssel és a táplálkozással összefüggő anatómiai eltérések pl. szájpadhasadék, retrognathia, macroglossia.

Neurológiai megbetegedések: központi idegrendszeri, musculosceletalis betegségek pl. cerebralis bénulás, izom dystrophiák, agyideg dysfunkciók, mentális retard. stb.

Magatartási zavarok: pszichoszociális (ingerszegény környezet, a tápláló-gyermek interakció diszfunkció), külső/belső hatásra kialakult negatív magatartás (szelektív visszautasítás, ruminatio), emocionális (phobiák, depresszió).

Cardiorespiratorikus betegségek, melyek nehezítik a szopás-nyelés-légzés koordinációt.

Anyagcsere (pl. fructose intolerancia.) és egyéb belgyógyászati betegségek, amelyek a fejlődéssel és/vagy a normális táplálási minta fenntartásával interferál (vérképzőrendszeri, GI-, endokrin, vese, onkológiai, égés, dumping sy.)



Az evési zavarok klinikai tüneteit elsősorban az alapbetegség határozza meg, de közös jellemző tünete is vannak: az étel-ital általános visszautasítása, fuldoklás, köhögés, apnoe, brady/tachycardia, hallható légzés az



étkezések során, averzió bizonyos ételekkel vagy azok állagával szemben, az evés akaratlagos és/vagy reflexes szakasz eltérései (rágás-, nyelés-, további fázisok működési zavarai - excessiv nyálazás, nasalis regurgitáció).

A testsúly, hossznövekedés elmaradása, rekuráló pneumoniák, székrekedés (következménye lehet rectalis prolapsus), ritkábban hasmenés, magatartási zavarok az étkezési helyzetben.

Az evési zavarok klinikai értékelése, diagnózisa, kezelése team munkát igényel.

Az ápolási feladat különböző típusú fizioterápiára specializált szakembert, logopédust, psychologust, dietetikust, szociális munkást.

A gyermekorvosi subspecialitások közül az alapbetegségnek megfelelő, valamint gastroenterologus, fül-orr-gégész, rehabilitációs szakember együttes tevékenységét igényli. Elsődleges a nutritionalis status felmérése – ha súlyos, gyors beavatkozásra van szükség.

Alapvető a primer ok felderítése vagy kizárása, amelyben a fő gastroenterológiai szempontok az emésztés-felszívódás megítélése, kiemelten a nyelés fázisai (az oropharyngealis és oesophagealis) és a gyomorürülés vizsgálata (radiographia, UH, endoscopia, pH- és manometria).

Általánosan fontos az étkezési képességek, étkezési magatartás, táplálkozási szokások, anya-gyermek kapcsolat megfigyelése, székürítés-rendszere, mozgásminőség, beszéd- és kognitív képesség felmérése.

Az evési zavarok rehabilitációja komplex.

Az alapbetegség kezelése (ha van és kezelhető).

Pszichoterápia: (viselkedés-modifikáló, a rossz ellenében helyes minták kiépítése).

Fizioterápia: ergoterápia orofaciális tréning.

GORB kezelés: H2 blokkoló, PPI, prokinetikumok, műtét.

Széklet rendezése: diétás, laktulóz, pre-, probiotikum, senna, Eva stb.

Kalorizálás: hozzátáplálás folyékony tápszerekkel, szondatáplálás – átmeneti: percutan endoscopos gastrostoma (PEG), tartós.

A táplálási rehabilitáció hatékonysága akkor a legjobb, ha még nem rögzültek a rossz étkezési szokások és a száj körüli izomzat működészavara (oralis motoros dysfunctio), nem alakultak ki másodlagos zavarok (pl. oesophagitis stb.) további táplálási nehézségeket gerjesztve, rontva az anya-gyermek kapcsolatot, az anya insufficiencia érzését fokozva, a gyermek testi leromlását elősegítve. A korai megfelelő kezelés akkor lehetséges, ha a szükséges szakemberek megtalálják egymást és a beteget!

Nem szabad elfelejteni, hogy a gyermekek nagy többsége egyetlen orvostól kapja a segítséget, egyetlen iskolába jár, külön elfoglaltságait maga választja meg, bizonyos életkorig szülő felügyelete mellett, később önállóan teljesíti feladatait.

A speciális ellátást igénylő betegeknek pedig (a megbetegedés, funkciócsökkenés, rokkantság szintjén is) több szakorvosra, egyéb speciális egészségügyi szakemberre van szükségük, multidiszciplináris ellátást igényelnek, többségük speciális iskolát, állandó szülői felügyeletet, kíséretet igényel.